



Registro de Administración de Vacunas y Consentimiento de su Información

Nombre del Paciente _____
Apellido Nombre Medio

Género: Masculino Femenino **Fecha de Nacimiento:** _____ **Edad:** _____

Raza: Blanco Negro o Africo-Americano Indio Nativo Estadounidense o Nativo de Alaska Asian
 Nativo Hawaii u otras Islas del Pacifico No Se

Grupo Étnico: Hispano o Latino No Hispano o No Latino No Se

¿Tiene usted seguro médico? No Sí ¿qué tipo?: _____

¿Si su hijo/hija es elegible para Nevada Medicaid/Nevada Check-Up le gustaría un físico gratis de niño(a) sano? No Sí

VFC Elegibilidad (Solo para la oficinista):

Not Eligible No Insurance Underinsured Native American or Alaskan Native NV Medicaid NV Check-Up

¿Trajo su registro de vacunas o el de su niño hoy? No Sí

Es importante que tenga usted un registro personal de sus vacunas. Si usted no tiene una de registro, pídale que la enfermera le de una. Traiga la registro cada vez que venga por servicio médico. Asegúrese que el personal de asistencia médica anote todas las vacunas recibidas en la registro. Su hijo necesitará esta registro para entrar en la guardería, el kindergarten, colegio, etc.

El siguiente formulario nos ayudará a determinar cuales vacunas le pueden ser aplicadas hoy. Si tiene duda o alguna pregunta, pídale una explicación a la enfermera.

¿LA PERSONA QUE RECIBIRÁ...	Sí	No	No Se
1. ¿Está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico al látex, a algún medicamento, alimento o a alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción severa después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido algún problema de salud relacionado con los pulmones, el corazón, el riñón, una enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), asma o algún trastorno de la sangre? ¿Recibe un tratamiento a base de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si su niño tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿durante los últimos 12 meses, le ha indicado un proveedor de servicios de salud que él presenta silbidos o asma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido diagnosticado con cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema Inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Está tomando cortisona, prednisona, algún otro esteroide, medicamentos anti-cáncer o tratamientos con rayos X?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos derivados de la sangre, o ha recibido Un medicamento llamado immune (gama) globulina en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido convulsiones o problemas del cerebro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se ha vacunado o sometido a algún examen cutáneo en las últimas cuatro (4) semanas o le han indicado realizarse un examen cutáneo para detectar tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para niñas/mujeres mayores de 9 años:			
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tratando de quedar embarazada en los próximos 28 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aconsejado para evitar embarazo dentro de los próximos 28 días: Cuide inicial _____ / Inicial de cliente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consentimiento de su Información: *He leído o se me ha explicado la información contenida en la Declaración(s) de Información de Vacunas acerca de la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s). He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y pido que la(s) vacuna(s) indicada(s) al reverso se me aplique(n) o se le aplique(n) a la persona nombrada arriba por la cual estoy autorizado para hacer esta solicitud.*

La firma de: El cliente (18 años de la edad y más viejo) Padre Guardián

FIRME AQUÍ: _____ **Fecha** _____

COMPLETE LA PARTE SUPERIOR DE ATRÁS (NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO)→

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
 Apellido Nombre Mes Día Año

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Vaccine	Date Given	Dose #	Mfg & Lot #	Site	Route	VIS Date	Administered by (Name/Title)
DTaP				LA RA LT RT	IM	05-17-07	
DT				LA RA LT RT	IM	05-17-07	
Td				LA RA LT RT	IM	02-24-15	
Tdap Adacel Boostrix				LA RA LT RT	IM	02-24-15 02-24-15	
IPV				LA RA LT RT	IM SQ	7-20-16	
HIB Ped Vax Act hib				LA RA LT RT	IM	04-02-15 04-02-15	
MMR				LA RA LT RT	SQ	04-20-12	
Varicella				LA RA LT RT	SQ	03-13-08	
MMRV				LA RA LT RT	SQ	05-21-10	
Hep A				LA RA LT RT	IM	7-20-16	
Hep B				LA RA LT RT	IM	7-20-16	
Hep A/Hep B Twinrix				LA RA LT RT	IM	7-20-16 7-20-16	
Meningococcal Menveo , Menactra Menomune MenB				LA RA LT RT	IM SQ	03-31-16 08-9-16	
PCV13				LA RA LT RT	IM	11-05-15	
DTaP/IPV Kinrix				LA RA LT RT	IM	05-17-07 7-20-16	
DtaP/IPV/HIB Pentacel				LA RA LT RT	IM	05-17-07 7-20-16 04-02-15	
DTaP/IPV/Hep B Pediarix				LA RA LT RT	IM	05-17-07 7-20-16 7-20-16	
Pneumococcal Pneumovax				LA RA LT RT	IM SQ	04-24-15	
Rabies				LA RA LT RT	IM	10-06-09	
Rotavirus Rotateq Rotarix				ORAL	PO	04-15-15 04-15-15	
Flu				LA RA LT RT	IM IN	08-07-15	
Shingles Zostavax				LA RA LT RT	SQ	10-06-09	
HPV Gardasil				LA RA LT RT	IM	12-02-16	
Smallpox				LA RA LT RT	ID		
Typhoid				LA RA	IM	05-29-12	
Yellow Fever				LA RA	SQ	03-30-11	
Newborn Screening							
Multi-Vaccine VIS						11-05-15	

Record # _____ Return Date: _____ VIS Given _____ Clerk _____ Clinician _____

Clinic Location: Main ELV Hend Mesquite _____

Reviewed by _____ RN / LPN Date: _____



Formulario de Registro de Servicios Clínicos

LABEL

¡Bienvenido a SNHD!

Por favor complete el formulario de la mejor manera posible. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con nosotros.

1. ¿Qué servicios necesita hoy? (marque todas las opciones que correspondan)

Inmunizaciones Clínica para Niños Planificación Familiar Clínica Refugiados Tuberculosis (TB) Servicios de Salud Sexual

2. Información del cliente/paciente (letra manuscrita o de molde con tinta)

Apellido (paterno)		Apellido (materno)		Nombre	
Fecha de nacimiento: Mes Día Año		Edad	N.º del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Transexual: <input type="checkbox"/> Mujer a hombre <input type="checkbox"/> Hombre a mujer	
Dirección		N.º de apartamento/ edificio	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono principal: ()		Teléfono del trabajo: ()		Teléfono alternativo: ()	
¿Se puede dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se puede dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se puede dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Medio de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico Ingresar la dirección de correo electrónico					
Raza: (marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Afroamericano/negro	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska		Origen étnico: Seleccione una opción
	<input type="checkbox"/> Caucásico/blanco (incluido Hispano)	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Otro _____		
	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo/isleño del Pacífico			<input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	

3. Parte responsable

Nombre:		Relación: <input type="checkbox"/> Cliente/paciente <input type="checkbox"/> Padres/tutor <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Otro			
<input type="checkbox"/> Dirección igual a la anterior	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Si es diferente, complete lo siguiente:					

4. Información de pago/seguro

PROPORCIONE SU TARJETA DE SEGURO/MEDICAID AL MOMENTO DE REGISTRARCE

¿Tiene Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene otro seguro médico además de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Compañía de seguros principal	Número de ID	Número de grupo	Número de contacto de la compañía de seguros (figura en el reverso de la tarjeta)		
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento	Relación: <input type="checkbox"/> Cliente/paciente <input type="checkbox"/> Padres/tutor <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Otro			
<input type="checkbox"/> Dirección igual a la anterior	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Si es diferente, complete lo siguiente:					
Compañía de seguros secundaria	Número de ID	Número de grupo	Número de contacto de la compañía de seguros (figura en el reverso de la tarjeta)		
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento	Relación: <input type="checkbox"/> Cliente/paciente <input type="checkbox"/> Padres/tutor <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Otro			
<input type="checkbox"/> Dirección igual a la anterior	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Si es diferente, complete lo siguiente:					

5. Reconocimiento de la responsabilidad del pago de servicios y la asignación de beneficios

Certifico que la información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Por la presente, autorizo a SNHD a facilitar a la compañía de seguros del asegurado toda la información que tal compañía solicite en relación a los servicios prestados en el presente. Asigno a SNHD todos los beneficios de mi seguro, en su caso; de lo contrario, se me deberá pagar por los servicios prestados. Entiendo que soy económicamente responsable de todos los cargos, ya sea que estén o no cubiertos por el seguro. Autorizo el uso de esta firma para todas las solicitudes del seguro. Notificaré a SNHD por escrito en caso de cualquier cambio en la cobertura de seguro de mi hijo menor o mía. Esta autorización continuará y permanecerá en vigencia hasta que sea revocada por escrito por mí. Si su cuenta se vence, significa que no se pagó dentro de los 30 días posteriores a la primera fecha de facturación. En caso de que usted no pueda realizar el pago total o haga cualquier arreglo satisfactorio para tal pago dentro de los 60 días posteriores a su primera factura (o en caso de que no podamos notificarlo), el saldo se podrá facturar a nuestra agencia de recaudaciones. Se aplicará un cargo de \$25 a todas las cuentas de recaudaciones. Además, usted será responsable de todos los porcentajes adicionales de los honorarios o costos calculados sobre la base del contrato vigente de nuestra empresa de recaudación de pagos, de los honorarios de abogados, las tasas judiciales, los honorarios de servicios y diversos honorarios o costos asociados.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA _____ **FIRMA** _____

FECHA _____ **Relacion:** Misma Persona Padre/Madre o Guardian